様式第23号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (文書の記号)第何号  　　年　　月　　日  〒  　　　　　　　様  小野町長　　　　　　　　　　印  介護保険　要介護認定・要支援認定等却下通知書  　　　　　年　　月　　日にあなたが行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等の申請を却下します。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |  |
| 却下理由 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
| 問い合わせ先  〒963―3492  福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻92番地  福島県田村郡小野町役場　　　課　　　　電話番号  不服の申立  この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。  福島県介護保険審査会(福島県担当部署)  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |